

**DIE BEDEUTUNG PARAMEDIZINISCHER BEHANDLUNG
BEI PATIENTEN
MIT CHRONISCHER POLYARTHRITIS (CP)**

*Untersuchungen an Patienten
der Rheumaambulanz einer
Universitätsklinik und Patienten
der Rheumaliga*

NIKOLAOS FRONIMOS

1987



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554818_0099

Aus der Medizinischen Poliklinik
der Universität München
Vorstand: Prof.Dr. N. Zöllner
Ludwig-Maximilians-Universität München

Die Bedeutung paramedizinischer Behandlung
bei Patienten mit chronischer Polyarthrits (cP)
Untersuchungen an
Patienten der Rheumaambulanz
einer Universitätsklinik
und Patienten der Rheumaliga

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Nikolaos Fronimos
aus
Spartila - Korfu
Jahr
1987

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. M. Schattenkirchner

Mitberichterstatter: Prof. Dr. N. Zöllner

Mitbetreuung durch den
promovierten Mitarbeiter: Dr. K. Krüger

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 04. Juni 1987

INHALTSVERZEICHNIS

A.	Einleitung	Seite 1
B.	Hauptteil	3
1.	Die chronische Polyarthrit (cP)	3
1.1.	Ätiologie und Pathogenese	3
1.2.	Epidemiologie	3
1.3.	Klinische Manifestation und Verlauf	4
1.4.	Behandlung der cP mit Methoden der Schulmedizin	5
1.5.	Paramedizinische Behandlungsverfahren	7
2.	Patientengut und Methode	12
3.	Ergebnisse	16
3.1.	Haltung und Grundeinstellung zur Schulmedizin	16
3.2.	Verhalten und Grundeinstellung zur Paramedizin	20
3.2.1.	Hinwendung zur Paramedizin (PM)	20
3.2.2.	Grundeinstellung zur Paramedizin	23
3.2.3.	PM-Anwendung auf Empfehlung oder auf eigene Initiative	25
3.2.4.	Aufgewendete Kosten für PM-Behandlungen	25
3.2.5.	Ergebnisse innerhalb der Gruppe mit PM-Erfahrung	26
4.	Diskussion	28
C.	Zusammenfassung	40
D.	Literaturverzeichnis	42

A. Einleitung

Die modernen Behandlungsformen der chronischen Polyarthrititis (cP) sind in den letzten Jahren immer mehr von verschiedenen Medien (Laienpresse, Rundfunk, Autoren u.a.) scharf kritisiert worden.

Parallel dazu wird die Heilung durch 'Naturmedizin', in zunehmendem Maße zu einem gängigen Schlagwort. Immer mehr Patienten verlassen angeblich die Schulmedizin (SM), um sich paramedizinischen (PM-) Verfahren zuzuwenden.

Nach RAINER (42) und RASPE (43), liegt der Anteil der Polyarthritiker mit alternativen Behandlungen zwischen 50 und 64%, und nach einer Arbeitsgruppe aus Birmingham (58) sogar bei 68%. Die Einschätzungen in den USA liegen bei 94% und in England bei 91% (8,16,17,66).

Eine zunehmende Tendenz zur PM zeigen auch die Befragungen von SCHRÜMBGENS und RITTER (49,44) nach denen 61% der niedergelassenen Allgemeinärzte und 72% aller in freier Praxis praktizierenden Ärzte bereits außerschulische Heilverfahren bei der Behandlung der chronischen Polyarthrititis angewandt hätten.

Die Gründe dieser Entwicklung sind komplexer Natur und reichen von einem in vielen Fällen ungenügenden Therapieerfolg und der Unverträglichkeit vieler Antirheumatika bis zu dem Wunsch der Patienten nach risikoarmen und erfolgreichen Behandlungsmethoden.

Medien wie die Laienpresse, der Rundfunk und gewisse Autoren, sorgen darüberhinaus für Verwirrung und Verunsicherung der betroffenen Kranken durch inkompetente Kritik an bewährten Therapieprinzipien und falsche Heilungsversprechungen mit alternativen Methoden (Beispiele dafür sind die Bücher: 'Rheuma ist heilbar' von ALEXANDER, 'Handbuch für Rheuma und Arthritiskranke' von BIRCHER-BENNER, 'Rheuma ist kein Schicksal' von JARVIS u.a. - 2,5,19).

Dementsprechend mußten viele Patienten zu ihrer Enttäuschung feststellen, daß nicht nur die ausprobierten Heilverfahren sich als völlig erfolglos erwiesen, sondern daß auch noch wertvolle Zeit für eine vernünftigt konzipierte schulmedizinische

sche Therapie verlorengeht.

Solche Beobachtungen stellen gewiß eine Aufforderung an die Schulmedizin dar, sich mit diesem komplexen Thema auseinanderzusetzen.

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, einen Überblick über die Art und Häufigkeit der bei chronischer Polyarthrits verwendeten paramedizinischen Heilverfahren in zwei verschiedenen Patientenkollektiven (aus der Rheumaambulanz der Universitätsklinik München und Patienten der Rheumaliga) zu verschaffen. In diesem Zusammenhang wird auch auf die subjektiven Erfahrungen bei der Hinwendung zu den jeweiligen alternativen Behandlungsformen eingegangen. Des weiteren findet die subjektive Bewertung der bisher durchgeführten schulmedizinischen Therapien in gleicher Weise ihren Ausdruck.

Zusätzliches Resultat dieser Bemühungen könnte sein, in Zukunft besser auf die alternativen Therapiebedürfnisse des Patienten eingehen zu können, jedoch in dem Sinne, daß weder Schaden noch Versäumnisse für seine Gesundheit entstehen.

B. Hauptteil

1. Die chronische Polyarthrititis (cP)

Die chronische Polyarthrititis ist eine chronisch verlaufende, immunologisch geprägte Systemerkrankung, die sich hauptsächlich durch schmerzhaft-entzündliche Veränderungen an den Gelenken manifestiert, jedoch nahezu alle Organe (peripheres Nervensystem, Lunge, Herz, Nieren, Gefäße, Augen, Magen-Darm-Trakt, blutbildendes System, Haut) erfassen kann (13,32,50).

1.1. Ätiologie und Pathogenese

Die Ursache dieser Systemerkrankung ist bislang weitgehend unbekannt. Verschiedene Untersuchungen sprechen für eine fehlgesteuerte oder unzureichende Immunantwort des Organismus auf einen Kontakt mit einem bisher nicht definierten Antigen. Eine genetische Prädisposition und Umweltfaktoren spielen dabei eine gewisse Rolle (6,25). Etwa 70% der Erkrankten sind Träger des Erbmerkmals HLA-DRW 4, das allerdings auch bei der Normalpopulation in etwa 30% gefunden wird (53).

Nach derzeitigen Vorstellungen sind für die Krankheitsauslösung Ablagerungen von Immunkomplexen in der Synovialis, die durch Reaktionen von Immunglobulinen mit korrespondierenden Antigenen entstehen, entscheidend. Diese Ablagerung von Immunkomplexen aktiviert das Komplementsystem und bedingt damit eine lokale Entzündung. Die Phagocytose von Immunkomplexen durch polymorphkernige Zellen setzt lysosomale Enzyme frei, die zu einer Gewebszerstörung führen. Die Aktivierung der Prostaglandinsynthese trägt zu einer Zunahme der entzündlichen Reaktion erheblich bei (7).

1.2. Epidemiologie

Die Erkrankung kann in jedem Lebensalter auftreten. Am häufigsten entwickelt sich die cP zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr (Häufigkeitsmaximum: vierte Dekade). Frauen erkranken etwa

dreimal häufiger als Männer. Mit einer Morbidität von 0.5 - 3.5% ist die cP die häufigste entzündliche rheumatische Gelenkaffektion.

1.3. Klinische Manifestation und Verlauf

Bei der Mehrzahl der Patienten beginnt die cP schleichend. Uncharakteristische Prodromalsymptome, wie allgemeine Schwäche, Müdigkeit, nächtliches Schwitzen und z.T. Arthralgien und Myalgien gehen oft der eigentlichen Manifestation der Krankheit voraus. In zunehmendem Maße fällt dem Patienten die charakteristische Morgensteifigkeit der erkrankten Gelenke auf, die zu den typischen Frühsymptomen der cP gehört und diese im weiteren Verlauf stets begleitet.

Den Prodromalsymptomen folgen Synovitiden mit schmerzhaften Schwellungen, häufig zunächst der Fingergrund- und mittelgelenke und im Bereich der unteren Extremität der Zehengrund- und Sprunggelenke. Das Befallsmuster ist charakterisiert durch die bilaterale Symmetrie. In zentripetaler Richtung werden schließlich auch die mittleren und großen Gelenke in das Krankheitsgeschehen miteinbezogen. Gelegentlich beginnt die Erkrankung oligo- oder monartikulär und asymmetrisch.

Ein hochakuter Anfangsverlauf der cP mit starken Allgemeinsymptomen und hoher Temperatur wird in 5-10% der Fälle beobachtet.

Unter den extraartikulären Manifestationen sind subcutane Rheumaknoten relativ häufig, die Mitbeteiligung innerer Organe auf dem Boden granulomatöser oder vaskulitischer Vorgänge dagegen selten.

Der Verlauf der cP ist sehr variabel und nicht vorhersehbar. Spontane Remissionen sind in der Frühphase recht häufig. Annähernd 10-20% der Patienten zeigen entweder eine Remission oder einen milden, intermittierenden Verlauf der Erkrankung. Andererseits entwickelt sich bei etwa 10% der Patienten eine progressive destruktive Erkrankung. Die Mehrzahl der Polyarthritiker liegt zwischen diesen Gruppen.

1.4. Behandlung der cP mit Methoden der Schulmedizin (SM)

Ziel der therapeutischen Bemühungen ist zum einen die Behebung (oder wesentliche Besserung) der Symptome, besonders der Entzündungsreaktion und der Schmerzen, zum anderen, falls möglich, eine Behebung der dem Krankheitsbild zugrundeliegenden pathologischen Veränderungen.

Medikamentöse Behandlung:

Mit Hilfe von Medikamenten wird versucht, die Entzündung zu supprimieren und eine Remission der Erkrankung zu bewirken. In Abhängigkeit vom klinischen und humoralen Aktivitätsgrad, sowie dem Ausmaß der bereits vorhandenen Behinderung, sind Einsatz von nichtsteroidalen Antirheumatika (NSA), Kortison, Basistherapeutika und Immunsuppressiva (einzeln oder kombiniert) geboten. Die symptomatisch wirkenden NSA, Acetylsalicylsäure und Glukokortikosteroide erleichtern Symptome und Beschwerden der Entzündung, ändern aber nichts am natürlichen Verlauf der cP. Die Wirkung erfolgt über eine Hemmung der Prostaglandinsynthese und ist damit sowohl antiphlogistisch als auch analgetisch.

Basistherapeutika greifen irgendwo in den pathogenetischen Mechanismus der Krankheit, also auf dem Wege von der fraglichen Ursache bis zum Geschehen am Manifestationsort, ein. Ihr Einsatz erfolgt bei einer persistierenden aktiven Synovitis, in der Absicht eine komplette oder partielle Remissionsinduktion zu bewirken (21,28,30,45). Zu dieser Gruppe gehören die Goldpräparate, die Antimalariamittel, das D-Penicillamin und im weiteren Sinne auch die Immunsuppressiva. Für alle Basistherapeutika gilt, daß sie im Falle ihrer Wirksamkeit nur dann einen entscheidenden Einfluß auf das Krankheitsgeschehen haben können, wenn sie frühzeitig gegeben werden. Die Mehrzahl der Patienten mit einer cP kann gut bis befriedigend mit einem dieser Basistherapeutika behandelt werden (33).

Operative Behandlung:

Wenn die konservativen Maßnahmen, insbesondere die Möglichkeit der systemischen medikamentösen Therapie nicht mehr ausrei-

chen, um die krankheitsbedingte Bedrohung wichtiger Funktionen des Bewegungsapparates abzuwenden, so ist die operative Behandlung erforderlich. Diese zielt in erster Linie auf die Erhaltung von Form und Funktion der betroffenen Gelenke und Sehnen ab. Synovektomie und Tenosynovektomie sind indiziert, solange noch eine aktive Synovitis bzw. Tenosynovitis erhaltenswerte Strukturen bedroht. Sie stellen somit präventive Eingriffe dar (61). Wenn die entzündlichen Destruktionen und die sekundärarthrotischen Veränderungen schon soweit fortgeschritten sind, daß sie mit einer ausreichenden Funktion nicht mehr vereinbar sind, so sind rekonstruktive Operationen erforderlich.

Physikalische Therapie:

Neben der medikamentösen und operativen Behandlung ist die physikalische Therapie einschließlich Krankengymnastik und Ergotherapie unentbehrlicher Bestandteil des Gesamtbehandlungsplanes. Schmerzlinderung, Verminderung der entzündlichen Prozeßaktivität, sowie Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung der Bewegungsfunktionen sind dabei die wichtigsten Behandlungsziele. Technisch und methodisch bedient sich die physikalische Therapie einer Vielzahl von Wirkungsfaktoren. Je nach Anwendungsform und je nach Art dieser Wirkungsfaktoren lassen sich physikalische Behandlungsmethoden in folgende Gruppen unterteilen:

Thermotherapie, Elektrophysiotherapie, Balneotherapie, Klimatherapie, Massagen, krankengymnastische Bewegungstherapien und Ergotherapie (11,47,48).

Sozioökonomische und psychologische Therapie:

Als sinnvolle Ergänzung der oben beschriebenen Therapiemöglichkeiten soll die Zuwendung zum chronisch Rheumakranken auf psychologischem und sozioökonomischem Gebiet erwähnt werden. Diese sozioökonomische und psychologische Betreuung umfaßt:

- a) Aufklärung des Patienten
- b) Psychologische bzw. psychotherapeutische Betreuung
- c) Betreuung bezüglich Lebensgestaltung (Hilfsmittel, Umschulung, Berentung ect.) unter Hinzuziehung der Rheumaliga als Organisation der Rheumakranken

1.5. Paramedizinische Behandlungsverfahren

Hausmittel:

Die Anwendung von Hausmitteln entspricht einer phytotherapeutischen Behandlung; eine stoffwechselfördernde und entzündungshemmende Wirkung werden diskutiert.

Nach WEISS (67) wird durch die verschiedenen Drogen mit unterschiedlich diuretischer, choleretischer und laxierender Wirkung der Bindegewebsstoffwechsel angeregt. Hierzu zählen Löwenzahn, Brennessel, Birke, Wacholder, Teufelskralle, Arnika und Heublumen.

Die entzündungshemmende Wirkung mancher Pharmaka soll auf die durch Salicyl glykoside induzierte Hemmung der Prostaglandinsynthese (Cyclooxygenase) zurückzuführen sein. Derartige Eigenschaften finden sich bei der Weidenrinde und beim Holunder (durch Flavinoide). Diese sog. Antidyskratika (4) werden in Form von Teekuren, Badezusätzen, Umschlägen und Einreibungen (besondere Wirkung der ätherischen Öle) angewandt. Bei allen Phytotherapeutika wird eine kurmäßige Langzeitbehandlung empfohlen.

Diät:

Derzeit existiert eine Reihe von Diättherapien und Diskussionen über einen möglichen Einfluß der Nahrung auf das Krankheitsgeschehen. Hypothetische Mechanismen sind: immunologische und pharmakologische oder auch toxische Reaktionen auf Nahrungsantigene, sowie eine qualitative Veränderung der Immunantwort. Den ungesättigten Fettsäuren wird im Hinblick auf die Arachidonsäurederivate (Prostaglandine, Leukotriene) eine Modifizierung der Immunantwort zugeschrieben (14,15,23,41,69).

Die meisten Ernährungsempfehlungen zielen mit einer kalorien- und fettarmen Kost auf eine Entlastung und Verbesserung des Stoffwechsels, sowie die Ausscheidung der Stoffwechselprodukte. Hierbei gibt es zwei unterschiedliche Richtungen, einmal wird eine ballaststoffreiche und überwiegend vegetarisch-basische Nahrung (5,27,29,38,46,57), zum anderen eine säurereiche Kost mit geringer Eiweißzufuhr empfohlen (19).

Schulmedizinisch gibt es keine gesicherten Ergebnisse, daß Diät die cP heilen kann. Allenfalls totales Fasten beeinflusst den Krankheitsverlauf günstig (9,51,52,62).

Parenterale Applikationen:

(Organotherapie, Eigenblut, 'Frischzellen', Neuraltherapie): Thymusextrakt wird aus der Thymusdrüse junger gesunder Kälber hergestellt. Die darin enthaltenen Thymushormone (Thymopoetin, Thymosin) wirken immunstimulierend.

PESIC (1981,36) will damit in 80% aller cP Patienten eine Besserung beobachtet haben. Den hochgereinigten Thymushormonen kommt nach neuesten Untersuchungen eine deutlich bessere Wirkung zu, sie induzieren die frühe T-Zell- und blockieren die B-Zelldifferenzierung, zusätzlich fördern sie die Reifung von Suppressor-, Helfer- und cytotoxischen T-Zellen (3,35,63). Nach neueren Erkenntnissen zählen sie nicht mehr zur PM. Aus der 'Frischzellentherapie' entstand die cytoplasmatische Therapie und aus der Eigenbluttherapie sind die Gegensesibilisierung und die Behandlung mit Ak-Fragmenten hervorgegangen (THEURER,59,60).

Die Gegensesibilisierung bewirkt durch die Bildung von Antikörpern gegen die pathologischen Autoantikörper eine Immunsuppression und verringert dadurch die Freisetzung lysosomaler Enzyme. Auch Ak-Fragmente blockieren in ähnlicher Weise die pathologische Immunreaktion (24).

Bei der cytoplasmatischen Organdilution werden mit Organen des Immunsystems (fetaler Thymus, Milz und jugendliche Nebenniere) dessen Dysfunktionen durch Hemmung der überschießenden Ak-Synthese beseitigt (37).

Diese Therapien werden unter dem Begriff 'Organotherapie' vereinigt.

Die Neuraltherapie nach HUNEKE besteht in einer Behandlung des Patienten über das neurovegetative System, basierend auf den Arbeiten von PISCHINGER zum 'System der Grundregulation' (39).

Sie kennt zwei Wege:

1. Segmenttherapie: gezielte Injektionen von Lokalanästhetika

(Prokain) im Segmentbereich der Erkrankung, wobei ein reflektorischer Reiz (z.B. cutivisceral) auf innere Organe, Gelenke oder Muskeln ausgeübt wird (10).

2. Heilung über das Störfeld: Ziel ist die Ausschaltung von 'Störfeldern', unter denen man alle Organe und Stellen (z.B. Foci) versteht, die pathologisch verändert sind oder waren und auf nervalem Weg 'Fernstörungen' hervorrufen (1,18).

Akupunktur:

Nach dem Verständnis der traditionellen chinesischen Medizin ist die Akupunktur eine Reizung definierter Punkte auf der Körperoberfläche, die jeweils mit bestimmten Organsystemen in Verbindung stehen. Durch das System der Meridiane sind dabei 361 Punkte miteinander verbunden. Durch jeden Einstich der Akupunkturnadeln wird der gestörte Fluß der Lebensenergie ('Qi') normalisiert.

Die Wirkung beruht auf einer Schmerzlinderung durch vermehrte Ausschüttung von Endorphinen (BISCHKO, 1972), sowie in einer günstigen Beeinflussung des Muskeltonus und der lokalen Durchblutung.

Es existieren verschiedene Varianten in Form von Ohr-, Skalp- und Gelenksakupunktur, Elektro- und Laserakupunktur, sowie Akupressur (30,40).

Homöopathie:

Die Homöopathie stellt eine von S.HAHNEMANN begründete Regulationstherapie dar. Das zugrundeliegende 'Simile-Prinzip' bedeutet, daß Natursubstanzen, in konzentrierter Form einem Gesunden verabreicht, jeweils spezifische Erscheinungen hervorrufen, dagegen in starker Verdünnung (potenziert) als Heilmittel für eben diese Krankheiten fungieren können. Die Persönlichkeit des Patienten (Konstitution, Ängste, Zwänge, Umweltmodalitäten) spielt für die Auswahl der Substanzen eine wesentliche Rolle. Bei der cP wurde in letzter Zeit u.a. die Droge Harpagophyton (=Teufelskralle) in potenziert Form mit angeblichem Erfolg eingesetzt (20,22).

Chirotherapie:

Therapeutisch kann die Hand des Arztes entsprechende Reize verabreichen; diese Behandlung kann dabei über Fühler in der Haut (Reflexzonenmassage), über Fühler der Muskulatur (Weichteiltechniken, Massagen, postisometrische Relaxation der manuellen Medizin) und schließlich über Fühler der Gelenke (Mobilisation und chirotherapeutische Manipulation) erfolgen; lösen von 'Blockierungen' (26,68).

Entzündliche Gelenkserkrankungen stellen dafür eigentlich eine Kontraindikation dar (12).

Enzyme:

Die vorhandenen Enzympräparate Wobenzym und Mulsal (=Wobenzym ohne Rutin) bestehen aus Pankreatinlipase, Papain, Amylase, Bromelin, Chymotrypsin und Trypsin. Ihre Wirkung wird in der Spaltung von Immunkomplexen (v.a. zirkulierende) und in der Depolymerisation von Fibrin vermutet. Langzeit und Dauertherapie sind ohne Einschränkung möglich, die einzunehmende Wirkdosis ist außergewöhnlich hoch (55,56,59). Die endgültige Zuordnung dieser Wirkstoffe ist noch nicht möglich.

Sauerstoff:

Angewandt werden reiner Sauerstoff und Ozon. Man postuliert aufgrund mancher Untersuchungen, daß in der Synovia der pO_2 und pH erniedrigt, pCO_2 und Lactat erhöht sind, also eine unzureichende Durchblutung besteht. Sauerstoff soll die Abstoßungsreaktion und einige andere immunologische Mechanismen unterdrücken (34,65).

Kupfer:

Vielfach wird das Tragen von Kupferarmbändern empfohlen. Die Wirkung soll auf einer Resorption von Kupfer durch die Haut und einer angeblich damit verbundenen subjektiven Besserung beruhen (64).

Die obige Auflistung umfaßt nur die häufigsten paramedizinischen Anwendungen und ist keineswegs vollständig, einige weitere Verfahren, sind im folgenden nur kurz genannt:

Beta-Sitosterin (Flemun, Marzol, Triastomal)

Zinksulfat

Kupfersalicylatkomplex

Vitamin E

Grüne Meermuschel

Tiergifte (Eiense, Schlange)

Ginseng, Schwedenkräuter

u.a.

Bei sämtlichen oben genannten Methoden steht aus schulmedizinischer Sicht ein in gesicherten klinischen Studien geführter Wirksamkeitsnachweis noch aus, dies z.T.trotz jahre-, ja jahrzehntelanger Anwendung.

2. Patientengut und Methode

Zur Erfassung alternativer, paramedizinischer Verfahren, die neben schulmedizinischen Methoden zur Behandlung der cP angewandt werden, ist eine gezielte Befragung durchgeführt worden. Dabei wurden u.a. solche Faktoren berücksichtigt, die möglicherweise einen gewissen Einfluß auf die Anwendung paramedizinischer (PM) Methoden haben.

Zwei verschiedene Kollektive, bestehend aus 57 ambulanten cP Patienten der Rheumaambulanz der Universität München und 21 Mitgliedern der Rheumaliga, cP Patienten, die von unterschiedlichen Ärzten, jedoch vorwiegend hausärztlich betreut werden, bilden das Patientengut.

Von den insgesamt 78 Patienten im Alter von 23 bis 74 Jahren (Mittelwert 53 J.) waren 27% Männer und 73% Frauen (Verhältnis 1:4.6).

Nachfolgende Tab.1 gibt die Gesamtpatientenzahl an, aufgeteilt nach Kollektiv und Geschlecht:

	Rheumaliga	Rheumaambulanz	Summe
Männer	3	11	14
Frauen	18	46	64
Gesamt	21 (27%)	57 (73%)	78

Tab.1: Patientengut nach Kollektiven und Geschlecht

Das Patientenalter bei Diagnose der cP lag zwischen 16 und 73 und war damit weit gestreut; im Durchschnitt jedoch betrug es 45.5 Jahre, entsprechend dem Prädilektionsalter dieser Krankheit (häufigster Beginn der cP in der 4.Dekade). Einige Patienten (ca. 15%) waren erst seit ungefähr einem Jahr an cP erkrankt, andere wiederum (ca. 9%) gaben ihre Krankheitsdauer mit 20 und mehr Jahren an. Der Mittelwert entspricht 7.5 Jahren.

Hinsichtlich des erlernten Berufes kann folgende Einteilung vorgenommen werden:

Berufsgruppe	Anzahl
-----	-----
Akademiker	4
Kaufmännische Ausbildung	12
Bank-, Büro- oder Verwaltungsangestellte	19
Abgeschlossene Lehre	17
Angelernte Kräfte	10
Hausfrau/kein Beruf	16
-----	-----
Gesamt	78

Eine Berufsgruppe die anteilmäßig besonders bevorzugt wäre, ist nicht darunter vertreten. Die obige Verteilung dürfte in etwa dem üblichen Durchschnitt entsprechen.

Insgesamt wurden 78 Patienten anhand eines 42 Fragen umfassenden Fragebogens interviewt. Dieser umfaßt 3 Fragenkomplexe: Fragen zur Person, Fragen zur SM, Fragen zur PM.

Neben den unmittelbaren persönlichen Daten (Alter, Größe, Gewicht und Geschlecht) wurde der erlernte und derzeitige Beruf, Familienstand, und Krankheitsdauer erfragt, sowie das Krankheitsstadium gemäß der Einteilung nach STEINBROCKER e.a. in Behinderungsgrade I - IV beurteilt.

Hinsichtlich SM wurde die Art der ärztlichen Betreuung, das Verhältnis zum betreuenden Arzt, derzeitige medikamentöse Therapie mit nichtsteroidalen Antirheumatika und Antiphlogistika (NSA) oder Kortison, sowie ob überhaupt einmal eine Basisthe-

rapie mit Gold, Antimalariamittel oder Immunsuppressiva stattfand (wenn ja welche), erfragt. Weitere Punkte betrafen die Regelmäßigkeit der Medikamenteneinnahme, etwaige selbstständig verabreichte Schmerzmittel, Krankengymnastik und Sport vor bzw. nach der Erkrankung. Die Wirkung der verordneten Medikamente, der physikalischen Therapie, von Operationen, sowie von Krankenhaus- oder Kuraufenthalten konnten die Patienten mit 'gut', 'mäßig' oder 'schlecht' einstufen.

Gleiche Bewertungsmöglichkeiten bestanden für die angewandten PM-Verfahren, die jeweils abgefragt wurden, ebenso, ob, außer den aufgezählten, auch andere Verfahren angewandt worden waren. Einzeln gefragt wurde nach:

-Parenterale Applikationen - Injektionen

(Neuraltherapie, Eigenblut, Organotherapie)

-Psychotherapie

-Manuelle Therapie

-Homöopathie

-Hausmittel (Tees, Schnaps, Umschläge, Badezusätze u.a.)

-Bestimmte Diät

-Metallbehandlung (Kupferarmband)

-Spezielle Salben (auf Naturheilmittelbasis)

-Akupunktur

-Enzymtherapie (Wobenzym, Mulsal)

-Sauerstofftherapie und Ozon

Darüberhinaus verwendete Verfahren wurden unter 'Sonstige' eingereiht.

Wer PM-Verfahren angewandt hatte, wurde nach seiner Bereitschaft zur Wiederholung oder zum Versuch neuer PM befragt, wer bisher nichts versucht hatte, ob er beabsichtige, derartige zu probieren. Weiter sollten die Patienten ihre anfallenden Kosten ungefähr abschätzen und ebenso angeben, auf wessen Rat hin sie sich zur PM wandten oder ob auf eigene Initiative hin.

Zuletzt konnten die Patienten ihre grundsätzliche Einstellung zur SM und zur PM jeweils mit 'Vertrauen', 'indifferent' oder 'Ablehnung', charakterisieren.

Der Patient wurde zu Beginn über die Anonymität der Befragung informiert, zu freien Äußerungen aufgefordert und gelegentlich während der Befragung nochmals dazu ermuntert; dennoch muß auf die Möglichkeit verwiesen werden, daß gegenüber einem mit weißem Kittel bekleideten Vertreter der Medizin nicht in jedem Falle mit voller Offenheit zu rechnen ist.

Als Erfolgskriterium der jeweiligen Therapie galt die subjektive Besserung des Befindens des Patienten. Um mögliche Unterschiede zwischen der beiden Kollektive, Rheumaliga- und Rheumaambulanzpatienten hinsichtlich der Erfahrungen mit SM und PM aufzuzeigen, schien für die Auswertung oft eine getrennte Betrachtung der beiden Kollektive sinnvoll.

Die Krankheitsdauer wurde in 4 Gruppen eingeteilt:

I = bis 2 Jahre, II = 3-7 J., III = 8-15 J., IV = über 15 J.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sind entweder durch absolute oder relative Häufigkeiten quantifiziert und soweit erforderlich in Tabellen zusammengefaßt.

3. Ergebnisse

3.1. Haltung und Grundeinstellung zur Schulmedizin (SM)

Eine positive, partnerschaftliche Beziehung zwischen Patient und Arzt ist ohne Zweifel entscheidende Voraussetzung für eine wirkungsvolle Therapie.

Von den 78 danach befragten Patienten dieser Studie gaben - unabhängig von Kollektiven und Geschlecht - 90% an, ein gutes Verhältnis zu ihrem behandelnden Arzt zu haben. Nur ein kleiner Teil von 3% war mit der ärztlichen Betreuung unzufrieden, der Rest konnte kein endgültiges Urteil abgeben. Bemerkenswert ist hierbei, daß die Neigung zur PM offensichtlich nicht wesentlich durch das gute Verhältnis zum Arzt beeinflusst wird. Ein Vergleich der Tabellen 2 und 8 zeigt dies deutlich.

	Anzahl	Gut	Indifferent	Nicht gut beraten
Rh.ambulanz	57	51 (89%)	5	1
Rheumaliga	21	19 (90%)	1	1
Gesamt	78	70 (90%)	6	2

Tab.2: Verhältnis zum betreuenden Arzt

Bei der allgemeinen Frage hinsichtlich der Grundeinstellung zur SM gab es sowohl zwischen den beiden Kollektiven, als auch zwischen Männern und Frauen deutliche Unterschiede. Bei der Betrachtung der Tab.3 fällt außerdem auf, daß zwar keiner die SM ablehnt, jedoch gut ein Drittel der Patienten zwischen Vertrauen und Ablehnung schwankte.

Patienten, die von der Rheumaambulanz betreut werden, haben - nach dieser Befragung - mehr Vertrauen zur SM als die Mitglieder der Rheumaliga. Auch vertrauen Männer der SM eher als Frauen. (Das Vertrauen zur SM korreliert bei den männlichen Patienten stark positiv mit dem guten Verhältnis zu ihrem be-

treuenden Arzt).

Aus dem Vergleich der Tab.3 und 8 könnte - zumindest innerhalb der zwei Kollektive und der beiden Geschlechter - auf eine gewisse Abhängigkeit der Hinwendung zur PM von der Grundeinstellung (Vertrauen) zur SM geschlossen werden.

	Anzahl	Vertrauen	Zwiespältig	Ablehnung
Rh.ambulanz	57	39 (68%)	18	-
Rheumaliga	21	12 (57%)	9	-
Männer	14	11 (79%)	3	-
Frauen	64	40 (62%)	24	-
Gesamt	78	51 (65%)	27	-

Tab.3: Grundeinstellung zur Schulmedizin

Die Frage nach der möglichen Beeinträchtigung der Grundeinstellung zur SM durch die Krankheitsdauer kann nach den vorliegenden Ergebnissen (Tab.4) nicht eindeutig geklärt werden. Bis auf eine Verschiebung des Vertrauens zur SM in Richtung Zwiespältigkeit bei mittlerer Krankheitsdauer, bleibt die Haltung zur SM ziemlich konstant. Bei extrem langer Krankheitsdauer wird (besonders bei den Rheumaligapatienten) eher eine Zunahme des Vertrauens zur SM beobachtet. Dies kann jedoch wegen der hierbei kleinen Patientenzahlen nicht verallgemeinert werden. Ansonsten gibt es keine erwähnenswerten Unterschiede zwischen den beiden Kollektiven, weswegen auch eine getrennte Auswertung nicht zweckmäßig erschien.

	Anzahl	Vertrauen	Zwiespältig	Ablehnung,
bis 2 J	16	12	4	-
3 - 7 J	29	15	14	-
8 - 15 J	19	13	6	-
über 15 J	14	11	3	-

Tab.4: Grundeinstellung zur SM in Abhängigkeit von der Krankheitsdauer (in Jahren = J)

Eine medikamentöse Therapie der cP mit Basistherapeutika, Antirheumatika und Antiphlogistika hatten fast alle Patienten durchgeführt oder waren zur Zeit der Befragung noch dabei. Die regelmäßige Einnahme der vom Arzt verordneten Mittel wurde von nahezu alle Patienten bestätigt.

Die Erfahrungen mit der Pharmakotherapie der cP sind, wie aus Tab.5 ersichtlich, bei den beiden Kollektiven unterschiedlich. Lediglich ein Drittel der Rheumaligapatienten bescheinigten ihr einen guten Erfolg, bei der Rh.ambulanz fast die Hälfte.

	Anzahl	Gut	Mäßig	Gar nicht
Rh.ambulanz	56	26 (46%)	26 (46%)	4 (8%)
Rheumaliga	18	6 (34%)	10 (55%)	2 (11%)
Gesamt	74	32 (43%)	36 (49%)	6 (8%)

Tab.5: Bewertung der medikamentösen Behandlung

Insgesamt wurde die Einschätzung der Medikamentenwirkung zu 43% mit 'gut' und 49% mit 'mäßig' vorgenommen (Tab.5).

8% wollen durch die schulmedikamentöse Behandlung keine Besserung erfahren haben; bei PM-Anwendungen waren dies immerhin 56%.

Zusammenfassend folgt, daß die Mehrzahl der Patienten mit einer cP gut bis befriedigend medikamentös behandelt werden konnten. Dieses Resultat entspricht auch den in der Literatur angegebenen Therapieerfolgen.

Ein Großteil der Patienten führte einzeln oder kombiniert auch andere Behandlungsformen durch. Tab.6 gibt Auskunft über die Art, Häufigkeit und Wirkung solcher Behandlungen.

Operative Eingriffe führten in fast der Hälfte der Fälle zu einer eindeutigen Besserung. Auch mit Hilfe von physikalisch-therapeutischen Maßnahmen ließen sich in immerhin 42% gute Resultate erzielen. Stationäre Behandlung und Kuren stellten ungefähr ein Drittel der Patienten zufrieden.

	Anzahl	Gut	Mäßig	Schlecht
Operationen	25	12 (48%)	11	2
Phys. Therapie	26	11 (42%)	9	6
Krankenhaus	38	14 (37%)	14	10
Kur	45	14 (31%)	17	14

Tab.6: Bewertung nichtmedikamentöser Behandlungen

Zum Zeitpunkt der Befragung erhielten 49 Patienten (63%) krankengymnastische Übungen oder führten solche zu Hause selbstständig weiter. Bei der Rheumaliga stehen 20% mehr Patienten unter krankengymnastischer Behandlung als bei der Rh.ambulanz.

	Ja	Nein	Anzahl
Rh.ambulanz	33 (58%)	24	57
Rheumaliga	16 (76%)	5	21
Gesamt	49 (63%)	29	78

Tab.7: Durchführung krankengymn. Übungen

Vor Beginn der Krankheit trieben 32 Patienten (41%) Sport, nach Erkrankung fiel der Anteil auf 9 Patienten (12%) deutlich ab. Innerhalb der Kollektive findet sich kein bemerkenswerter Unterschied.

3.2. Verhalten und Grundeinstellung zur Paramedizin (PM)

3.2.1. Hinwendung zur PM

Auf die große Anzahl rheumatisch erkrankter Patienten, insbesondere Polyarthritiker, mit PM-Behandlungserfahrung wurde bereits in mehreren Untersuchungen (in Österreich, Schweiz, USA und England - 8,16,17,42,43,66) hingewiesen.

Das Resultat vorliegender Arbeit bestätigt die Inanspruchnahme alternativer Heilverfahren in großem Umfang (Tab.8). Von den befragten 78 Patienten haben sich 58 (74%) paramedizinisch behandeln lassen, wobei der Anteil der Rheumaligamitglieder um 16% höher liegt als bei den Rh.ambulanzpatienten. Diese Zahlen sind vergleichbar mit entsprechenden Ergebnissen in den USA und England.

Eine Geschlechtsabhängigkeit der Hinwendung zur PM läßt sich ebenfalls aus Tab.8 gut erkennen. Männer zeigen im allgemeinen eine größere Zurückhaltung gegenüber umstrittenen Behandlungsverfahren als Frauen, auch wenn, für sich betrachtet, ein beachtlicher Teil (64%) bereits Außenseitermethoden ausprobiert hat.

Die Bereitschaft zur Wiederholung alter oder zum Probieren neuer FM konnte nicht eindeutig untersucht werden, da dies viele Patienten von der Kostenübernahme durch Krankenkassen abhängig machten, sofern sie nicht selbst über das nötige Geld verfügten.

	Anzahl	PM versucht	Wiederholung	Neue PM
Rh.ambulanz	57	40 (70%)	18	22
Rh.liga	21	18 (86%)	13	15
Männer	14	9 (64%)	4	7
Frauen	64	49 (77%)	27	30
Gesamt	78	58 (74%)	31	37

Tab.8: Hinwendung, Wiederholung und Versuch neuer PM

Die Auswertung der Ergebnisse ergab einen Zusammenhang der Hinwendung zur PM mit dem Erkrankungsalter. Dieser äußerte sich in einer starken Anwendung der außerschulischen Heilmethoden bei frühem Beginn der Krankheit, die zu höherem Erkrankungsalter hin stetig an Intensität abnimmt. Über 90% der Patienten unter 30 (bei Beginn der cP) wandten sich der PM zu. Dieser hohe Anteil reduziert sich auf unter 60%, wenn die Krankheit erst ab 60 beginnt. Entsprechend dieser abfallenden Tendenz waren die Patienten mit PM-Anwendungen durchschnittlich 7 Jahre jünger, nämlich 42 Jahre alt, diejenigen ohne PM 49 Jahre.

Die Annahme, daß die relative Häufigkeit der Patienten mit PM-Behandlungen bei längerer Krankheitsdauer größer ist, hat sich durch die Ergebnisse voll bestätigt. Es besteht eine fast lineare Beziehung zwischen den beiden Größen.

Erwähnenswert ist hierbei auch die durchschnittliche Krankheitsdauer solcher Patienten mit PM-Anwendungen. Sie war mit 10 Jahren doppelt so lang als die derjenigen Patienten, die bis zum Zeitpunkt dieser Befragung keine Verbindung zu umstrittenen Heilmethoden hatten (Krankheitsdauer = 5 Jahre). Bei überdurchschnittlicher Krankheitsdauer (über 7.5 Jahre) standen 90% oder mehr der Rheumakranken schon einmal unter PM-Behandlung.

Tab.9 und 10 stellen eine Zusammenfassung der zuletzt besprochenen Resultate dar.

Erkrankungsalter	Patientenzahl	Hinwendung zur PM
16 - 30 J.	13	12 (92%)
31 - 45 J.	28	23 (82%)
46 - 60 J.	30	19 (63%)
über 60 J.	7	4 (57%)

Tab.9: Hinwendung zur PM bezogen auf das Erkrankungsalter

Krankheitsdauer	Patientenzahl	Hinwendung zur PM
bis 2 J.	16	8 (50%)
3 - 7 J.	29	20 (69%)
8 - 15 J.	19	17 (89%)
über 15 J.	14	13 (93%)

Tab.10: Hinwendung zur PM bezogen auf die Krankheitsdauer

3.2.2. Grundeinstellung zur PM

Nach der Haltung zur PM gefragt, konnten 2/3 der Patienten kein endgültiges Urteil abgeben, vertraten also eine zwiespältige Meinung. Lediglich 19 von 78 Polyarthritikern hatten Vertrauen zur PM (24%). Es gab allerdings kollektivspezifische Abweichungen, wie aus Tab.11 hervorgeht. Fast die Hälfte der Patienten von der Rheumaliga glauben, sich auf die PM verlassen zu können; bei der Rh.ambulanz sind es lediglich 16%. Wesentliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren dagegen nicht festzustellen.

Besonders fällt der nur geringe Anteil (9%) derjenigen auf, die PM völlig ablehnen (keine einzige Ablehnung bei der Rheumaliga).

	Anzahl	Vertrauen	Zwiespältig	Ablehnung
Rh.ambulanz	57	9 (16%)	41 (72%)	7 (12%)
Rheumaliga	21	10 (48%)	11 (52%)	keine
Männer	14	3 (21%)	10 (72%)	1 (7%)
Frauen	64	16 (25%)	42 (66%)	6 (9%)
Gesamt	78	19 (24%)	52 (67%)	7 (9%)

Tab.11: Grundeinstellung zur PM bezogen auf Kollektive und Geschlecht

Desweiteren wurden die Ergebnisse im Bezug auf dieselbe Frage noch einmal getrennt nach Patienten mit PM- und solchen ohne PM-Anwendungen behandelt. Damit wurde der Versuch unternommen, herauszufinden, ob und inwiefern die Meinung über die PM von der bereits gemachten praktischen Erfahrung beeinflusst wird.

Nachfolgende Tabelle zeigt die Trennung des cP-Gesamtkollektives in die zwei genannten Gruppen und die entsprechenden Verteilungen (Tab.12).

PM versucht	Anzahl	Vertrauen	Zwiespältig	Ablehnung
Ja	58	17 (29%)	35 (60%)	6 (10%)
Nein	20	2 (10%)	17 (85%)	1 (5%)

Tab.12: Grundeinstellung zur PM bezogen auf PM-Anwendung

Damit unterscheiden sich deutlich die beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Grundhaltung zur PM. Vor allem wird jetzt erkennbar, daß eine eindeutige Entscheidung zu Vertrauen oder Ablehnung davon beeinflußt wird, ob PM überhaupt versucht wurde oder nicht: Der Patientenanteil mit Vertrauen zur PM ist bei der Gruppe mit eigener Therapieerfahrung eindeutig größer (29%) als bei der Gruppe, die bisher keine PM probiert hat (10%).

Den Zusammenhang mit der Krankheitsdauer weist Tab.13 aus:

Krankheitsdauer	Anzahl	Vertrauen	Zwiespältig	Ablehnung
bis 2 J.	16	-	15 (94%)	1
3 - 7 J.	29	11 (38%)	17 (59%)	1
8 - 15 J.	19	5 (26%)	10 (53%)	4
über 15 J.	14	5 (36%)	8 (57%)	1
Gesamt	78	21	50	7

Tab.13: Grundeinstellung zur PM bezogen auf Krankheitsdauer

Für eine mögliche Beeinflussung der Grundhaltung zur PM durch die Krankheitsdauer gibt es keine besonderen Hinweise, wie aus Tab.13 ersichtlich. Einzig bei den unter zwei Jahren Erkrankten findet sich eine auffällige Betonung der Zwiespältigen Einstellung.

Eine getrennte Betrachtung der beiden Kollektive führt hier zu keinen bedeutenden Unterschieden.

3.2.3. PM-Anwendung auf Empfehlung oder auf eigene Initiative

Paramedizinische Behandlungsverfahren werden nach dieser Befragung in nur wenigen Fällen aus eigenem Entschluß in Anspruch genommen. Unter den Rh.ambulanzpatienten sind es nur 14 von 57 (35%), die sich aufgrund eigener Initiative der PM zuwandten. Der Rest folgte (mit abnehmender Häufigkeit) Empfehlungen von Naturheilkundigen (53%), Verwandten/Bekannten (35%), verschiedenen Medien (Zeitschriften, Reformhausreklamen, Rundfunksendungen u.a. - 23%), anderen cP-Kranken (10%) und schließlich Apothekern (5%).

Rheumaligapatienten befolgten ebenfalls an erster Stelle Ratsschläge von Naturheilkundigen (52%), danach solche von Medien (44%), worunter hier vor allem das Rheumamagazin 'Mobil' und Vorträge/Informationstreffen der Rheumaliga zu nennen sind. Es folgen Empfehlungen von Verwandten/Bekannten (22%) sowie anderen cP-Patienten (17%). Der kleinste Teil handelte aus eigenem Entschluß (17%).

3.2.4. Aufgewendete Kosten für PM-Behandlungen

Eine Auskunft über die finanziellen Aufwendungen war nur innerhalb weiter Grenzen möglich. Die Angaben reichen von 80-600 DM/Monat (durchschnittlich 250-300 DM) und von 1.000 - 10.000 DM (durchschnittlich 2.700-3.000 DM) für eine Heilkur.

Die kleinen Beträge (z.B. 80 DM/Monat) betreffen vorwiegend Hausmittel wie Teekuren, pflanzliche Bäderzusätze, Reformkost u.a. Die Behandlungskosten jedes einzelnen Heilverfahrens zu ermitteln, war nicht möglich, weil die meisten Patienten bzgl.

der PM-Therapie Mehrfachangaben gemacht haben.

3.2.5. Ergebnisse innerhalb der Gruppe mit PM-Erfahrung

Tab.14 vermittelt eine Übersicht über Art, Häufigkeit und Erfolg der jeweiligen Behandlung. Zur Beurteilung des Therapieerfolges diente, wie oben erwähnt, die subjektive Besserung des Befindens.

Behandlungsart	Abs. Häufigkeit	Gut	Mäßig	Schlecht
Hausmittel	34	5 (15%)	9	20
Parent. Applikationen	34	12 (35%)	9	13
Diätkuren	19	7 (37%)	7	5
Homöopathie	18	5 (28%)	1	12
Metallbehandlung	17	-	-	17
Akupunktur	14	2 (14%)	3	9
Enzyme	12	3 (25%)	2	7
Gesamt	148	34 (23%)	31 (21%)	83 (56%)

Tab.14: Bewertungen der einzelnen PM-Verfahren

Hausmittel (wie z.B. Stoffwechseltees, pflanzliche Diuretika, Phytotherapeutika, Salben, Bäderzusätze), parenterale Applikationen und bestimmte Diätkuren werden als die meist verwendeten Behandlungsformen angegeben. Es folgen homöopathische Maßnahmen (v.a. Aconitum, Berberis, Bryonia, Dulcamara, Ameisensäure und Rhus tox.), Metallanwendungen (z.B. Tragen von Kupferarmreifen), Akupunktur und Enzyme (Mulsal und Wobenzym). Beliebteste Hausmittel sind Löwenzahn-, Brennessel-, Wachol-

der-, Teufelskrallentee, Schwedenkräuterschnaps, Arnikaumschläge und Heublumen als Bäderzusatz.

Zur Umstimmung des immunologischen Systems und damit zur Förderung der Abwehr- und Heilungsmechanismen werden Injektionen mit biologischen Präparaten (z.B. Organo- und Immuntherapie nach THEURER mit fetalen Thymushormonen), mit Eigenblut (Gegensensibilisierung) und Neuraltherapie verwendet.

Heildiäten bestanden vorwiegend in einer Reduktion von tierischem Eiweiß und Fett (z.B. für Schweinefleisch), von Zucker- und Auszugsmehlprodukten, sowie allgemein von 'denaturierten' Mitteln. Stattdessen wurde für eine salz- und fettarme Ernährung mit Frischkost gesorgt. Auch extrem vegetarische Ernährung, Fasten oder spezielle Diäten in besonderen Kliniken (Kurhäusern) werden nicht selten genannt.

Der subjektive Heilerfolg hängt, wie aus Tab.14 ersichtlich, von der jeweils gewählten Behandlungsart ab. Auch die Anwendungsdauer ist nach Angaben der Patienten für das Therapieergebnis von Bedeutung.

Ein Vergleich der verschiedenen Behandlungsverfahren untereinander ergibt folgendes Bild:

Diäten, Eigenblutbehandlungen, biologische Immun- und Organotherapie, sowie Neuraltherapie scheinen am erfolgreichsten zu sein, gefolgt von Anwendungen mit Enzymen, Hausmitteln, Akupunktur und Homöopathie. Kupferarmbänder besitzen offensichtlich keinen positiven Einfluß auf das Krankheitsgeschehen.

Betrachtet man das Ergebnis sämtlicher Behandlungsarten zusammen, dann ergibt sich im Durchschnitt ein guter Therapieerfolg in nur 23% der Krankheitsfälle. Dieses Ergebnis stimmt interessanterweise beinahe exakt mit dem Vertrauen der cP-Kranken zur PM überein (Tab.11).

4. Diskussion

Das hier betrachtete Patientengut setzt sich aus zwei verschiedenen Kollektiven zusammen, einmal Patienten der Rheumambulanz der Universität München, zum anderen Patienten, die Mitglieder der Rheumaliga sind; die Diagnose der cP kann bei allen als gesichert gelten. Hinsichtlich epidemiologischer Daten ergeben sich keine Abweichungen zur Fachliteratur, es handelt sich somit um ein typisches Patientengut.

Zum Thema dieser Studie existiert bisher leider nur wenig vergleichbare Literatur, die Forschungen über die cP galten mehr der Immunologie. Die am ehesten noch heranziehbare Arbeit stammt von RAINER (42), doch auch diese differiert in wichtigen Punkten: RAINER betrachtet ein eigenes Patientengut mit verschiedenen rheumatischen Erkrankungen, während hier ausschließlich Polyarthritiker (fremdes Patientengut) betrachtet wurden; daher ist eine vergleichende Diskussion nur in geringem Umfang möglich.

Die - wie einleitend bemerkt - große Bereitschaft von Rheumakranken, auf paramedizinische Verfahren zurückzugreifen, fand sich in dieser Studie bestätigt. Zweifelsohne bedarf dies einer Erklärung, die - gerade i.S. der wissenschaftlichen Medizin - auf Objektivität, Unvoreingenommenheit und sachlicher Kritik beruhen sollte, unter Berücksichtigung der Gesamtsituation, in der sich die cP-Kranken befinden.

Die Ergebnisse dieser Arbeit werden unter folgenden Gesichtspunkten analysiert: 1. die besondere Problematik des chronisch erkrankten cP-Patienten, 2. die Bedeutung des Arzt-Patienten-Verhältnisses für eine ganzheitliche Patientenbetreuung, und 3. der noch eingehend zu betrachtende, evtl. vorhandene Therapieerfolg einiger PM-Behandlungsverfahren.

Es soll von vorneherein auf die besondere Wichtigkeit der individuellen psychosomatischen Situation des einzelnen Kranken und seiner Beziehung zu seinem sozialen Umfeld hingewiesen werden, womit gemeint ist, daß Begriffe wie z.B. 'Behand-

lungserfolg 'oder 'allgemeine Besserung ', 'Vertrauen zum behandelnden Arzt 'eben eine individuelle, oft sehr unterschiedliche Gewichtung haben können. Verallgemeinerungen können daher zu Trugschlüssen führen.

Als ein wesentliches Resultat fällt auf, daß sich 58 (74%, Tab.8) der 78 befragten Polyarthritiker, also etwa 3/4 der Patienten, im Laufe ihrer oft langjährigen Erkrankung der PM zuwandten. Dies ist um so erstaunlicher, wenn man bedenkt, daß die Mehrheit (90%, Tab.2) der Patienten ihr Verhältnis zum betreuenden Arzt als gut bezeichnet, der Überwiegende Teil (65%, Tab.3) der SM vertraut und daß in 92% (Tab.5) eine Besserung (gut oder befriedigende Wirkung der medikamentösen Therapie) angegeben wurde.

Diese Ergebnisse weisen auf eine besondere Persönlichkeitsstruktur des Polyarthritikers hin, die durch Angst, Unsicherheit und innere emotionale Instabilität charakterisiert ist. Sie zeigen auch die Kompliziertheit (bzw. die Irrationalität) der Verhaltensweisen hinsichtlich des Umganges mit seinem chronischen Leiden und seiner Motive für die Suche nach dem 'Neuen, Unbekannten, Mystisch - magischen, Vielversprechenden und dem möglichst nebenwirkungsfreien Mittel ', kurz nach allem, was subjektive Linderung und, womöglich, zusätzlich Ungefährlichkeit verspricht (koste es, was es wolle!). Diese Suche erfordert Eigeninitiative und stärkt dadurch das Selbstvertrauen. Die damit verbundene Besserung wird meistens auf die gefundenen und ausprobierten Behandlungsmethoden selbst zurückgeführt, da die im Vordergrund stehende psychologische Wirkung dem Patienten unbewußt bleibt.

Eine nähere Betrachtung der Patientenzahlen im Bezug auf die Grundhaltung zur SM und PM führt zu beträchtlichen Unterschieden (Tab.3,11). 51 von insgesamt 78 Patienten (65%), die der SM vertrauen, steht eine geringere Zahl von nur 19 Patienten mit Vertrauen zur PM (24%) gegenüber, denn in 92% der Fälle tritt eine Besserung auf SM-Therapie (43% gut, 49% mäßig) ein. Ungefähr ein Drittel der Patienten steht der SM skeptisch ge-

genüber, diese Zahl ist verständlich, wenn man die 10-20% therapierefraktären Verläufe der cP und die vereinzelt sehr schweren Nebenwirkungen der Antirheumatika, v.a. aber auch deren z.T. negative Presse, berücksichtigt.

Es ist anzunehmen, daß sich unter den 19 Patienten mit Vertrauen zur PM (24%) auch solche befinden, deren Erwartungen die SM enttäuscht hat, unabhängig davon, ob sie bereits gute Erfahrung mit alternativen Methoden gemacht haben.

Der wesentlich größere Teil der cP-Kranken (67%) gehört zu den Skeptikern (zwiespältig) alternativer Heilmethoden, wobei eine völlige Ablehnung der PM nur selten (9%) ausgesprochen wurde. Dies spiegelt sich in der geringeren Erfolgsrate (23% gut) der PM-Behandlungen (Tab.14) und der daher verständlicherweise geringen Bereitschaft zur Wiederholung alter oder/und zum Versuch neuer PM-Verfahren wieder (Tab.8).

Der scheinbare Widerspruch zwischen der großen Hinwendung (74%) zur PM und dem geringen Vertrauen dazu läßt sich nur durch weitergehende Betrachtungen der Gründe für die PM-Hinwendung klären.

Wesentliche geschlechtsspezifische Unterschiede waren bei dieser Befragung nicht festzustellen, ausgenommen der Tatsache, daß 17% mehr Männer als Frauen der SM, umgekehrt etwas mehr Frauen als Männer der PM vertrauen (Tab.3,11). Entsprechend wandten sich 13% mehr Frauen der PM zu als Männer. Die different berufliche und soziale Rolle des Mannes könnte eine mögliche Erklärung für die erwähnten Unterschiede sein. Zeit und Kostenfaktor, sowie Erwartung schnellerer Therapieerfolge spielen bei Männern wohl eine größere Rolle als bei Frauen.

Eine differenzierte Betrachtung der Ergebnisse nach Beruf brachte keine wesentlichen Unterschiede zutage. Ob und inwieweit Bildungsniveau und sozioökonomische Situation für die Hinwendung zur PM tatsächlich eine Rolle spielen, wie in der Literatur berichtet (RAINER), kann hier nicht beurteilt werden.

Im Gegensatz zu den zuletzt angeführten Bemerkungen, erweist der Vergleich der beiden untersuchten Patientenkollektive bemerkenswerte Unterschiede: Dieses z.T. deutlich divergierende Verhalten der beiden Patientengruppen (Universitätsambulanz bzw. Rheumaliga) dürfte auf mehrere Faktoren, wie z.B. unterschiedliche ärztliche Versorgung, alternativmedizinische, psychologische und sozioökonomische Betreuung, zurückzuführen sein. Wurden z.B. die Rh.ambulanzpatienten vorwiegend oder zusätzlich von in der Klinik tätigen, rheumatologisch erfahrenen Ärzten betreut, so waren die Rheumaligapatienten hauptsächlich bei niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen in Behandlung, die zu einem beachtlichen Teil auch PM-Verfahren anwenden (44,49).

Die erstere Gruppe führte eine Therapie durch, die auf modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen und guter Erfahrung beruht und war über ihr Leiden sowie über den Nutzen vorhandener Therapiemöglichkeiten und die damit verbundenen Risiken gut informiert. Dagegen handelt es sich bei den von diesen Patienten angewendeten PM-Behandlungen meistens um Selbstmedikation oder um ein von Nichtmediziner ausgeführtes bzw. angeordnetes zusätzliches Heilverfahren. Das Vertrauen zur SM war insgesamt größer als bei den Rheumaligapatienten, im Gegensatz dazu zur PM erheblich geringer (Tab.11).

Rheumaligamitglieder, die meistens von rheumatologisch weniger erfahrenen Ärzten behandelt wurden, waren allgemein weniger gut über effektive Therapiekonzepte bei der Behandlung der cP informiert, zeigten eher eine voreingenommene, mehr mißtrauische Einstellung zur SM im Vergleich zu den Rh.ambulanzpatienten, dagegen weitaus mehr Vertrauen zu PM-Verfahren.

Entsprechend war auch die Bewertung der medikamentösen Behandlungen. Nur ein Drittel (!) dieser Patienten bescheinigten der SM einen guten Erfolg (Tab.5). Die Grundeinstellung sowohl zur SM als auch zur PM dieser Patientengruppe verteilt sich etwa gleichermaßen je zur Hälfte auf 'Vertrauen' und auf 'Zwiespältig' (keine 'Ablehnung'). Die häufige Anwendung von PM-Verfahren (86%), sowie die große Bereitschaft zur Wiederholung und zum Versuch neuer Methoden (72 bzw. 83%)

zeigt eine deutliche Anfälligkeit dieser Patientengruppe für derartige Verfahren.

Diese Unterschiede zu Rh.ambulanzpatienten, v.a. die eindeutig positivere Einstellung zur PM, beruhen wahrscheinlich auf mehreren Gründen: Zum einen sind die Patienten durch die Rheumaliga besser und gezielter über zusätzliche Therapiemaßnahmen und diejenigen Ärzte, die sie gekonnt und vernünftig einsetzen, informiert. Zum anderen werden sie über die Notwendigkeit einer langfristigen und konsequenten Anwendung der PM (und über mögliche Kostenzuschüsse) umfassender aufgeklärt. Da die PM-Behandlungsverfahren im Falle dieses Patientenkollektives vorwiegend von Vertretern beider Therapierichtungen (SM und PM) ausgeführt wurden, war deren Anwendung - unter der Annahme, daß diese Ärzte über fundiertere Kenntnisse und Erfahrungen sowohl in der SM als auch in der PM verfügen - sicher effektiver als bei Selbstmedikation. Unter diesen Bedingungen wird natürlich auch das Vertrauen zur PM größer. Außerdem können die Patienten ihr chronisches Schicksal durch die gute Betreuung der Rheumaliga eher bewältigen; ihre Motivation zu Selbstaktivitäten und zu eigener Verantwortung wächst; der Therapieerfolg nimmt subjektiv oder vielleicht auch objektiv gesehen verständlicherweise zu.

Die Gegensätzlichkeit des überwiegend guten Verhältnisses zum betreuenden Arzt und des relativ geringen Vertrauens zur SM (Tab.2,3) ist nicht zuletzt ein Hinweis dafür, daß die Wünsche der Rheumaligapatienten nach risikoarmen Therapieformen von Praxisärzten gerne entsprochen wird.

Das Erkrankungsalter spielt insofern eine Rolle, als jüngere Patienten eher zur Anwendung von PM-Verfahren tendieren als ältere (Tab.4). Bei Erkrankungsbeginn unter 30 Jahre besteht eine Bereitschaft zur PM bei 92% der cP-Kranken. Es zeigt sich dann ein nahezu linearer Abfall auf 60% bei Erkrankungsbeginn über 60 Jahre. Die Gründe dafür dürften eher in der Natur der Krankheit selbst hinsichtlich Verlauf und Prognose liegen.

Die cP kann in einigen Fällen bei unaufhaltsamer Progredienz zu Verkrüppelung und äußerer Verunstaltung führen. Das ist besonders für jüngere Patienten eine schreckliche Vorstellung, die deshalb einerseits zu panischen, unüberlegten Handlungen führen kann, andererseits zur Ausschöpfung sämtlicher angebotener Methoden - nicht selten um jeden Preis. Hinzu kommt die Angst vor langfristigen Medikamentennebenwirkungen, die angesichts ihres jüngeren Alters stärker ins Gewicht fallen. Diese Angst wurde gerade in den letzten Jahren durch die Medien z.T. erheblich verstärkt. Daraus folgt die besondere Wichtigkeit einer richtigen Aufklärung über Ätiologie, Verlauf, Heilungschancen der cP sowie über das jeweilige Therapierisiko, durch den betreuenden Arzt.

Jüngere erkrankte Patienten sind darüberhinaus unvoreingenommener, handeln spontaner, wagen mehr und haben bisher wahrscheinlich noch wenig Enttäuschungen mit Außenseitermethoden erlebt als ältere Patienten. So verwundert es - zusammengefaßt - nicht, daß in dieser Studie die cP-Kranken mit PM-Anwendungen durchschnittlich 7 Jahre jünger (42 Jahre alt) als diejenigen ohne PM (49 Jahre) waren.

Die Krankheitsdauer beeinflußt die Anwendungshäufigkeit der PM-Verfahren in erwarteter Weise, wie aus Tab.9 hervorgeht. Je länger die Erkrankung bereits besteht, um so häufiger werden alternative Methoden ausprobiert. Unter 2 Jahren Krankheitsdauer probiert nur jeder zweite PM, ab 7 und mehr Jahren beträgt die relative Häufigkeit mehr als 90%, also fast jeder Patient hat sich irgendwann der PM zugewandt (dies dürfte vorwiegend ein Summationseffekt sein). Für die Grundeinstellung zur SM und PM spielt offensichtlich die Krankheitsdauer zunächst keine maßgebende Rolle, erst in einer Phase längerer Krankheitsdauer nimmt generell das Vertrauen in die Therapie (SM und PM) ab: Die Patienten befinden sich dann offenbar in einem Zustand der Resignation, der Verzweiflung und einer Vertrauenskrise hinsichtlich einer Heilung. Die höchste Zwiespältigkeit gegenüber der PM manifestiert sich bei Patienten mit einer Krankheitsdauer unter 2 Jahren, gleichzeitig besteht ein relativ hohes Vertrauen zur SM (Tab.4,13).

Das höchste Vertrauen zur SM haben die am längsten (länger als 15 Jahre) kranken Polyarthritiker angegeben (Tab.3), wohl ein Ausdruck der Einsicht in die realen Therapiemöglichkeiten und die Grenzen der SM:

Die Anwendung der PM, selbst oder durch einen Therapeuten verordnet, brachte subjektiv einen guten Erfolg in durchschnittlich 23% der Fälle, bei bestimmten Therapieformen (z.B. parenteralen Applikationen, Diätkuren) sogar bis zu 37% (Tab.14). Mehr als die Hälfte der PM-Versuche (56%) war ohne Wirkung. Aus mindestens zwei wichtigen Gründen können diese Ergebnisse jedoch nicht mit dem tatsächlichen Wirkungsgrad gleichgesetzt werden: a) Eine Objektivierung durch klinische Nachprüfung wäre nicht möglich, allein schon deswegen, weil die PM-Behandlungen zu irgendeinem vergangenen Zeitpunkt vorgenommen wurden, Patienten sich oft nicht mehr genau erinnern konnten und deshalb ihre Angaben teilweise unzuverlässig sind. b) Unabhängig vom Zeitraum der Anwendung handelte es sich meistens nicht um Monotherapien, sondern um Behandlungen parallel zu einer medikamentösen oder/und physikalischen Behandlung. Nur in einigen Fällen berichteten die Patienten von alleinigen PM-Anwendungen, z.B. Diätkuren in Spezialkliniken.

Ein Teil der Behandlungserfolge sind sicher Placeboeffekte, die wiederum auf verschiedenen Faktoren beruhen. Die suggestive Kraft des Heilers, die Art der Substanz oder der Behandlungsmethode (manchmal wird die Verordnung zu einem Ritual) und die Persönlichkeitsstruktur des Patienten selbst sind einige wichtige, einen möglichen Therapieerfolg erklärende Faktoren. Gerade Unbekanntes, Unerklärbares oder Mystisch-magisches - Teilaspekte der PM - stärken den Glauben des Anwenders an eine positive Wirkung.

Ein weiterer Faktor verdient Beachtung: Vor allem im Anfangsstadium einiger cP-Fälle kann eine vorübergehende Spontanheilung eintreten, 10-20% der Patienten zeigen entweder eine Remission oder einen milden, intermittierenden Verlauf der Erkrankung, die kaum, wenn überhaupt, ärztliche Aufmerksamkeit

erfordert. Lassen sich solche Patienten alternativmedizinisch behandeln, dann führen sie die Besserung oder Heilung ihrer Erkrankung auf die angewandten Methoden zurück.

Wie bereits mehrmals erwähnt, erfordern die Selbstmedikation und der Versuch immer neuer Behandlungswege Eigeninitiative und Selbstaktivität. Dadurch werden Selbstvertrauen und Optimismus gestärkt, der Erkrankte lernt besser mit seinem Leiden umzugehen, das vordergründige Symptom 'Schmerz' wird leichter verarbeitet. Die psychologischen Hintergründe einer allgemeinen Besserung werden meistens verkannt und auf die jeweilige PM-Behandlung zurückgeführt. Dennoch sei hier nochmals die konstruktive Bedeutung dieser Effekte betont, die auch von der SM positiv genutzt werden sollten. Ob und inwieweit manche PM-Verfahren einen direkten Einfluß auf die Krankheit nehmen, kann nur, da bisher keine diesbezüglichen klinischen Studien vorliegen, spekulativ beantwortet werden.

Die vorliegende Studie weist auf, daß volksmedizinisch weit verbreitet Hausmittel pflanzlicher Herkunft sehr häufig i.S. einer Phytotherapie verwendet werden (vgl. 1.5.). In 15% der Anwendungen wurde ein guter Therapieerfolg bestätigt (Tab.14). Ein wissenschaftlicher Wirkungsnachweis wurde bisher nicht erbracht.

Eine Krankheitsbesserung durch die ebenfalls sehr häufig durchgeführten parent. Applikationen wurde bei 35% der Anwendungen angegeben. Im Falle der Neuraltherapie wird die mögliche gute Wirkung mit dem 'System der Grundregulation' von PiSCHINGER erklärt (1,10,18,39).

Ähnliche Überlegungen gelten für die Organotherapie, die sich als makromolekulare, cytoplasmatische Therapie mit Eigenblutbehandlung als Gegensensibilisierung und Behandlung mit Antikörperfragmenten (59,60) versteht. Die Wirkung wird in Zusammenhang gebracht einmal mit einer unspezifischen Stimulierung der Selbstheilungskräfte, zum anderen mit Blockierung immunologischer Mechanismen der Automation des Krankheitsgeschehens,

sowie mit der Normalisierung des veränderten Zellmetabolismus.

Auch durch Thymushormone werden Behandlungserfolge durch eine immunsostituierende und immunstimulierende Wirkung berichtet (PESIC: Besserung von 80% aller cP-Patienten - 36). Hier sei auf die hochgereinigten Thymushormone hingewiesen, die man nicht zur PM rechnet.

Die Möglichkeit einer diätetischen Beeinflussung der cP wird an dritthäufigster Stelle genannt. Die Erfolgsrate ist hierbei mit 37% am höchsten. Bisher fehlen jedoch stichhaltige Beweise für eine Rheumadiät, die für eine größere Zahl von Patienten positive Auswirkungen zeigt. Unter Berücksichtigung des Wissensstandes in Deutschland und der auswärtigen Literatur kann man sagen, daß es die Rheumadiät nicht gibt. Es wäre aber falsch, den empfohlenen Diäten nun jegliche Bedeutung abzusprechen. Die meisten Ernährungsempfehlungen zielen mit kalorien- und fettarmer Kost auf eine Entlastung und Verbesserung des Stoffwechsels und der Ausscheidung der Stoffwechselprodukte; der Aspekt der Gewichtsreduktion ist hier von Fall zu Fall zu beachten, nicht zu unterschätzen außerdem der psychologische Effekt der diätetischen Behandlung mit einer allgemeinen Umstellung der Ernährungs- und Lebensform. Der Patient, der sich strikt an eine Ernährungsempfehlung hält, hat schon einen entscheidenden Schritt getan: Er ist aktiv geworden, sucht aus eigener Initiative seine Situation zu verbessern und hofft auf Erfolg. Diese positive Beeinflussung des Unterbewußtseins ist von enormer Wichtigkeit.

Relativ weniger häufig werden homöopathische Behandlungen in Anspruch genommen. Bei 28% der Anwendungen wurden nach dieser Untersuchung günstige Resultate erreicht.

Noch seltener wird 'Akupunktur' ausprobiert, deren Erfolgsquote bei nur 14% liegt.

Die beiden letztgenannten PM-Verfahren werden als Regulations-therapien verstanden, durch sie soll der Körper in seinen Selbstheilungsbemühungen gefördert werden (20,22,30,40). Außer dem kann durch Akupunktur eine Schmerzlinderung erreicht werden. Auch hier konnte allerdings die angebliche Wirksamkeit nicht wissenschaftlich gesichert werden.

Enzympräparate, deren Zuordnung zur PM bisher problematisch ist, sind unter den angewandten Naturheilverfahren am wenigsten vertreten, obwohl bei 25% der Fälle gute Erfahrungen damit gemacht wurden (hoher Preis?). Postulierter Wirkmechanismus verschiedener Enzympräparate ist der enzymatische Abbau von Immunkomplexen. Die kurz- und langfristige Wirksamkeit dieser Präparate konnte jedoch bisher nicht belegt werden (MIEHLE,1985; REINBOLD,1980; HÜRGER, WERK,1980).

12% der PM-Anwendungen sind Metallbehandlungen, meistens in Form von Kupferarmreifen. In keinem einzigen Fall war dabei eine Wirkung zu beobachten. Eine mystische Prägung, die das Gemüt eher als den Verstand der Patienten anspricht, muß wohl hier berechtigterweise angenommen werden.

Nachfolgend werden noch einige Punkte angeführt, die für die große Neigung zur PM von Bedeutung sind.

Durch die vorliegende Befragung wurde festgestellt, daß 74% der Rheumakranken eine oder mehrere PM-Behandlungen zusätzlich in Anspruch genommen hatten, obwohl durch eine differenzierte SM-Behandlung eine Besserung in über 80% der Fälle möglich war. Dieser Anteil liegt wahrscheinlich noch viel höher, denn manche Patienten konnten sich nicht mehr daran erinnern und andere wiederum äußerten sich gegenüber dem Befrager, einem Vertreter der SM, nicht immer mit voller Offenheit.

Auch die hohen Kosten (bis zu 3000 DM für eine Heilkur) stellten für die Patienten kein Hindernis dar. Im Gegenteil, es war mehr als die Hälfte bereit, alte Behandlungen zu wiederholen und gegebenenfalls auch neue auszuprobieren.

Den relativ geringen Heilungschancen der cP steht eine Flut falscher Informationen mit Versprechungen gegenüber (bis zu Wunderheilungen), die von der Presse, den Heilpraktikern, den Apothekern, den Verwandten/Bekannten und z.T. auch von rheumatologisch nicht ausgebildeten, nicht qualifizierten Schulmedizinern unverantwortlicherweise verbreitet werden. So kann man u.a. erklären, daß nicht einmal ein Drittel der Patienten (ca. 17% der Rheumaliga, 35% der Rh.ambulanz) sich rein aus eigenem Entschluß der PM zuwandte.

Da eine medikamentöse Therapie mit z.T. ernstzunehmenden Nebenwirkungen verbunden sein kann, läßt sich der Patient von angeblich völlig risikoarmen oder risikofreien und trotzdem wirkungsvollen Behandlungsmethoden natürlich leicht überzeugen.

Zur Lösung dieses Konfliktes kann der behandelnde Arzt viel beitragen, indem er versucht, durch Einfühlungsvermögen, durch gute rheumatologische Kenntnisse und durch den geduldischen und verantwortungsvollen Einsatz jeweils einer Palette von Möglichkeiten 'nach dem Prinzip des größten Nutzens' dem Patienten helfend entgegenzukommen (Aufklärung, nicht Ablehnung sog. Außenseitermethoden sollte die Prämisse sein).

Die realistische Einstellung des Patienten bzgl. Erwartung und Anspruch an die Therapie ist eine elementare Forderung an ihn selbst. Nur unter solchen Bedingungen kann ein partnerschaftliches Vertrauen zwischen Patient und Arzt bestehen, und nur so kann die schwierige psychische Situation des chronisch kranken Polyarthritikers gebessert, kann er vor gesundheitlichen und wirtschaftlichen Schäden soweit wie möglich bewahrt werden. Der Patient wird dann auch die menschliche Zuwendung verspüren, nach der er sich im Grunde sehnt.

Eine wesentliche Komponente des durch Paramediziner bzw. paramedizinische Methoden erreichbaren Erfolges könnte so durch die SM mit übernommen werden. Auch die Bereitschaft des Patienten, aktiv an der Überwindung der Krankheit mitzuarbeiten, die oft in der PM-Selbstmedikation mitschwimmt, könnte von der SM-Seite genützt werden; zumal bei einer schweren, noch

nicht heilbaren Krankheit, wie sie die cP darstellt, alle Möglichkeiten - frei von ideologischen Gesichtspunkten - zu verwerten sind, um den Patienten optimal zu versorgen.

Zusammenfassend ist letztlich zu sagen, daß nicht eine globale Ablehnung der PM-Methoden, vielmehr eine Übernahme der einigen dieser Verfahren immanenten Vorteile in das SM-Behandlungskonzept der cP - als nicht heilbarer Krankheit - optimal erscheint. Nachteilen, wie gezielt durch plumpe Werbung gesteuerten, übertriebenen Hoffnungen, übermäßigen Kosten, Schäden durch Nebenwirkungen, sowie Anwendung von PM anstatt SM muß hierbei allerdings gezielt entgegengearbeitet werden. Dies dürfte nur möglich sein, wenn zwischen Patient und behandelndem Arzt ein entsprechendes Vertrauensverhältnis besteht.

C. Zusammenfassung

Paramedizinische Behandlungsverfahren (d.h. Verfahren, deren Wirkung wissenschaftlich nicht gesichert ist) finden weite Zustimmung bei den meisten an cP erkrankten Menschen, trotz selbstzutragender Kosten. Das ergab die Befragung von insgesamt 78, an einer gesicherten chronischen Polyarthrititis erkrankten, Patienten zweier verschiedener Kollektive, nämlich Patienten der Rh.ambulanz der Universität München (n=57) und der Rheumaliga (n=21); in epidemiologischer Hinsicht liegt ein typisches Patientengut vor, wie aus der Literatur bekannt.

Die Gründe für diese hohe Hinwendung sind vielfältig: Schlechte Heilungsaussichten, Ungewißheit des Krankheitsverlaufes, langwierige und z.T. risikoreiche medikamentöse Therapien, Unkenntnis des Patienten sogar über das Wesen seiner Krankheit, sowie falsche Informationen über Heilungschancen durch PM-Behandlungsverfahren von nichtkompetenter Seite sind einige zu nennende Ursachen.

Die relative Anwendungshäufigkeit solcher PM-Behandlungen nimmt mit zunehmendem Erkrankungsalter ab und mit längerer Krankheitsdauer zu. Beruf und Geschlecht spielen nach dieser Untersuchung keine wesentliche Rolle. Bemerkenswert sind die Unterschiede der beiden untersuchten Kollektive, in Bezug auf die Grundeinstellung (Vertrauen) zur SM und PM, bedingt vermutlich durch die unterschiedliche intensive ärztliche Betreuung. Hinzu treten könnte der Einfluß der Rheumaliga als Informations- und Beratungsstelle.

Hinsichtlich der PM-Therapieformen werden in abnehmender Häufigkeit Selbstmedikation mit Hausmitteln, parenterale Applikationen (Neuraltherapie, die aus der Frischzellentherapie hervorgegangene cytoplasmatische Therapie, sowie die aus der Eigenbluttherapie hervorgegangene Gegensensibilisierung), Diäten, Homöopathie, Metallbehandlung (Kupfer), Akupunktur und Enzyme angegeben.

Die Erfolgsrate der angegebenen Behandlungsformen, orientiert

an der subjektiven Besserung der Erkrankung, war im Durchschnitt nicht hoch (bei 23% der Anwendungen soll das Ergebnis gut gewesen sein, bei 21% mäßig und bei 56% war keine Wirkung zu verzeichnen).

Die richtige Beurteilbarkeit dieser Behandlungsergebnisse ist jedoch problematisch, nicht zuletzt deswegen, weil die jeweilige Therapie fast immer zusätzlich zu SM-therapeutischen Maßnahmen durchgeführt wurde. Eine endgültige Einschätzung des tatsächlichen Nutzens der PM-Verfahren für die Therapie der cP könnte - sofern überhaupt vom Prinzip her möglich - wahrscheinlich nur durch breite, prospektive, klinische Studien erfolgen. Nach bisherigen Erkenntnissen sind außerschulische Methoden sicher keine Alternative zur SM, sie können aber in Einzelfällen eine sinnvolle Ergänzung sein. Beurteilungskriterium hierfür sollte letztlich das Endergebnis und nicht die Therapiemethode selbst sein (es sei denn, ein vermeintlicher Therapieerfolg wird zu teuer erkaufte).

D. Literaturverzeichnis

1.

ADLER, E.: Allgemeinerkrankungen durch Störfelder (Trigeminusbereich). 2. Aufl., vfm Dr. E. Fischer, Heidelberg (1977)

2.

ALEXANDER, M.: Rheuma ist heilbar. 1. Aufl., Econ Verlag, Düsseldorf (1979)

3.

AMOR, B. et al.: Thymuline (FTS) in rheumatoid arthritis. Arthr. and Rheum. 1, 157-162 (1984)

4.

ASCHNER, B.: Technik der Konstitutionstherapie. 5. Aufl., Haug Verlag, Heidelberg (1980)

5.

BIRCHER-BENNER: Handbuch für Rheuma- und Arthritiskranke. 11. Aufl., Bircher-Benner Verlag, Bad Homburg (1980)

6.

BRACKERTZ, D.: Genetik und Rheumatologie. Z. Rheumatol. 40, 103 (1981)

7.

BRACKERTZ, D.: Chronische Polyarthrititis. Euler Verlag, Basel (1980)

8.

BROWN, J. H., SPITZ, P. W., FRIES, J. F.: Unorthodox treatments in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 23, 657 (1980)

9.

BUCHINGER, O.: Die traditionelle Heilfastenkur. Ehrfahrungsheilkunde 6, 295-299 (1977)

10.

DOSCH,P.: Lehrbuch der Neuraltherapie nach HUNEKE. 9.Aufl.,
Haug Verlag, Heidelberg (1980)

11.

DREXEL,H., POSSE,P.: Physikalisch-medizinische Behandlungsmöglichkeiten bei chronisch-entzündlichen rheumatischen Erkrankungen. Internist 15, 322 (1974)

12.

ENGEL,J.M., STRÖBEL,G.: Rheumatherapie. edition medizin,
Weinheim, 450-453 (1985)

13.

GILLILAND,B.C., MANNIK,M.: Rheumatoid arthritis. In: ISSELBACHER, ADAMS, PETERSDORF, WILSON (Hrsg.): Harrison's Principles of Internal Medicine. McCraw-Hill, Kogakusha, Tokyo, 1872 (1980)

14.

GOOD,R.A.: Nutrition and immunity. J.Clin.Immunol.1, 3 (1981)

15.

GOOD,R.A., WEST,A., FERNANDES,G.: Nutritional modulation of immune response. Fed.Proc.39, 3048 (1980)

16.

HECHT,A.: Hocus-pocus as applied to arthritis. FDA Consumer 14, 24 (1980)

17.

HIGHAM,C., JAYSON,M.: Nonprescribed treatments in rheumatic patients (abstr.). Ann.Rheum.Dis.41, 203 (1982)

18.

HOPFER,F.: Störfeld Mund-Kieferbereich. In: DOSCH: Trigeminus-neuralgie/Postcholecystektomiesyndrom. ML-Verlag,Uelzen (1981)

19.

JARVIS, D.C.: Rheuma ist kein Schicksal. 8. Aufl., Hallwag Verlag, Bern-Stuttgart (1975)

20.

KANT, H.: Homöopathische Therapie bei rheumatischen Erkrankungen. Aus: JOSEPHANS, G., MIEHLE, W. (Hrsg.): Außerschulische Methoden bei rheumatischen Erkrankungen. vfm Dr. E. Fischer, Heidelberg (1981)

21.

KELLEY, W.: Textbook of Rheumatology. 797-800 (1981)

22.

KÖHLER, G.: Lehrbuch der Homöopathie, 3. Aufl., Hippokrates, Stuttgart (1984)

23.

KREMER, J.M. et al.: Effects of manipulation of dietary fatty acids on clinical manifestations of rheumatoid arthritis. The Lancet 26, 184-187 (1985)

24.

KULBERG, A., TARKHANOVA, J.: Folia biol. 8, 147, Praha (1962)

25.

LAWRENCE, J.S.: Rheumatoid arthritis - nature or nurture. Ann. Rheum. Dis. 29, 357 (1970)

26.

LEWIT, K.: Manuelle Medizin im Rahmen der medizinischen Rehabilitation. 3. Aufl., U&S Verlag, München (1978)

27.

LINDBERG, E.: Alimentary factors in rheumatoid arthritis. Swed. J. Biol. Med. 2, 13-18 (1979)

28.

LIPSKY, P.: Remission-inducing therapy in rheumatoid arthritis. Amer.J.Med.31, 40-49 (1983)

29.

LÜTZNER, H.: Aktive Diät des rheumatischen Formenkreises. Phys.Med.u.Rehab.20, 115-118 (1979)

30.

MAN, S.C., BARAGAR, F.D.: Preliminary clinical study of acupuncture in rheumatoid arthritis. J.Rheumatol.1, 126 (1974)

31.

MATHIES, H., WAGENHÄUSER, F.J., SIEGMETH, W.: Richtlinien zur Therapie rheumatischer Erkrankungen. Bd.5 der Compendia Rheumatologica, 2.Aufl., Euler Verlag, Basel (1983)

32.

MATHIES, H. (Hrsg.): Handbuch der inneren Medizin, Rheumatologie. Springer Verlag, Berlin (1983)

33.

McCARTHY, D.J. et al.: Intractable rheumatoid arthritis - treatment with combined cyclophosphamid, azathioprine and hydroxychloroquin. J.Amer.med.Ass.248, No.14, 1718-1723 (1982)

34.

McCARTHY, D.J.: Hyperbaric oxygen for arthritis. Use of hyperbaric oxygen therapy in the treatment of arthritis: A report to the National Center for Health Care Technology. Undersea Medical Society, Bethesda, 3-7 (1981)

35.

PASINI, E., LAGHI, F., AVTERI, A., PASQUI, A.L.: Immunokinetics of a single dose of thymopoietin pentapeptide. Int.J.Immunopharmacol.2, 154-155 (1980)

36.

PESIC,M.C.: Immunotherapie mit Thymusextrakt (THX). Haug Verlag, Heidelberg (1981)

37.

PFAFFENHOLZ,U., THEURER,K.: Einfluß von makromolekularen Organsubstanzen auf menschliche Zellen in vitro. Kassenarzt 27, 5218-5226 (1978)

38.

PIRLET,K., SCHLEPPER,P.: Physikalisch-diätetische Behandlung der progressiven chronischen Polyarthrititis. Arch.-phys.Ther.20, 6 (1968)

39.

PISCHINGER,A.: Das System der Grundregulation. 2.Aufl., Haug Verlag, Heidelberg (1976)

40.

PLOTZ,C.M., PLOTZ,P.H., LAMONT-HAVERS,R.W.: Workshop on the use of acupuncture in the rheumatic diseases. Arthritis Rheum.17, 939 (1974)

41.

PRICKETT,J.D., ROBINSON,D.R., STEINBERG,A.D.: Effects of dietary enrichment with eicosapentaenoic acid upon autoimmune nephritis in female NZB X NZW/F1 mice. Arthritis Rheum.26, 133 (1983)

42.

RAINER,F. et al.: Art und Ausmaß der Selbstmedikation mit sog. Hausmitteln bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen. Z.Rheumatol.41, 276-279 (1982)

43.

RASPE,H.-H.: Laientheorien, paramedizinische Behandlung und Medikamentencompliance bei Patienten mit einer chronischen Polyarthrititis. Vortrag, gehalten im Rahmen der Arbeitstagung 'Psyche und Rheuma', Basel (1981)

44.

RITTER, H.: Über die Verbreitung allgemein nicht üblicher Heilverfahren in der freien Praxis. DA 39, 2113-2116 (1968)

45.

SCHATTENKIRCHNER, M.: Goldtherapie bei rheumatischen Krankheiten. Intern. Welt 2, 333-339 (1983)

46.

SCHAUB, M. und P.: Warum säure- und kohlenhydratarme Ernährung? Fundamente des Gesundbleibens, 3. Aufl., Zürich (1976)

47.

SCHMIDT, K.L.: Wärmebehandlung rheumatischer Erkrankungen: Wirkungsweise, Verfahren und therapeutische Prinzipien. Akt. Rheumatol. 4, 235-242 (1979)

48.

SCHMIDT, K.L.: Kältebehandlung rheumatischer Erkrankungen: Wirkungsweise, Verfahren und therapeutische Prinzipien. Akt. Rheumatol. 6, 88-94 (1981)

49.

SCHRÜMBGENS, H.: Außenseitermethoden in der Allgemeinpraxis. Münch. med. Wschr. 120, 1620-1621 (1978)

50.

SHORT, C.L.: Rheumatoid arthritis: Type of course and prognosis. Med. Clin. North. Amer. 52, 549-557 (1968)

51.

SKÜLDSTAM, L., LARSSON, L., LINDSTRÖM, F.D.: Effects of fasting and lactovegetarian diet on rheumatoid arthritis. Scand. J. Rheumatol. 8, 249-255 (1979)

52.

SKÜLDSTAM, L.L. et al.: Specific plasma proteins as indices of inflammation during a modified fast in patients with rheumatoid arthritis. Scand.J.Rheumatol.12, 161-165 (1983)

53.

STASTNY, P.: Association of the E-cell alloantigen DRW 4 with rheumatoid arthritis. New.Engl.J.Med.298, 869 (1978)

54.

STEFFEN, C.: Enzymtherapie. Vortrag 21.Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. München (1984)

55.

STEFFEN, C., MENZEL, I.: Enzymabbau von Immunkomplexen. Z.Rheumatol.42, 249-255 (1983)

56.

STEFFEN, C., SMOLEN, J., MIEHLKE, K., HÖRGER, I., MENZEL, I.: Enzymtherapie im Vergleich mit Immunkomplex-Bestimmungen bei chronischer Polyarthrititis. Z.Rheumatol.44, 51-56 (1985)

57.

STORCK, H.: Rheuma, Entstehung und Heilung.
Bruno Wilkens Verlag, Hannover (1976)

58.

STRUTHERS, G.R., SCOTT, D.L. and SCOTT, D.G.I.:
The use of 'alternative treatments' by patients with rheumatoid arthritis. Rheumatol.Int.3, 151-152 (1983)

59.

THEURER, K.: Immuno- und Organotherapie als Basis-therapie beim entzündlichen Rheumatismus. In: PORCHER, H., THEURER, K. (Hrsg.): Organo- und Immunotherapie: Neue Perspektiven in der Medizin. Enke Verlag, Stuttgart (1979)

60.

THEURER,K.: Infection 3, 173-181 (1975)

61.

TILLMANN,K.: Wirkung, Gefahren und Indikationen der Synovektomie. In: MÜLLER,W., TILLMANN,K. (Hrsg.): Synovektomie - Synoviorthese. Euler Publishers, Basel (1978)

62.

UDEN,A.-M., TRANG,L., VENIZZLOS,N., PALMELAD,J.: Neutrophil functions and clinical performance after total fasting in patients with rheumatoid arthritis. Rheum.Dis.42, 45-51 (1983)

63.

VEYS,E.M. et al.: Thymopoietin pentapeptide (Thymopentin, TP-5) in the treatment of rheumatoid arthritis. A compilation of several short- and longterm clinical studies. J.Rheumatol.11, 4 (1984)

64.

WALKER,W.R., KEATS,D.M.: An investigation of the therapeutic value of the 'copper bracelet' - Dermal assimilation of copper in arthritic/rheumatoid conditions. Agents Actions 6, 454 (1976)

65.

WARREN,J.: SACKSTEDER,M.R., THUNING,C.A.: Therapeutic effect of prolonged hyperbaric oxygen in an adjacent arthritis of the rat. Arthritis Rheumatol.22, 334 (1979)

66.

WASNER,C.K., CASSADY,J., KRONENFELD,J.: The use of unproven remedies (abstr.) Arthritis Rheumatol.23, 759 (1980)

67.

WEISS,R.F.: Lehrbuch der Phytotherapie. 6.Aufl., Hippokrates, Stuttgart (1985)

68.

WOLFF, H.D.: Neurophysiologische Aspekte der manuellen Medizin.
vfm Dr.E.Fischer, Heidelberg (1978)

69.

ZIFF, M.: Diet in the treatment of rheumatoid arthritis.
Arthritis Rheumatol. 26, 457 (1983)

Herrn Prof. Dr. M. Schattenkirchner danke ich für die Überlassung des Themas und für die Möglichkeit, die Räume der Medizinischen Poliklinik (Rheuma - Einheit) zu benutzen.

Bei der Durchführung der vorliegenden Studie unterstützte mich Herr Dr. K. Krüger von der Medizinischen Poliklinik der Universität München mit wertvollen Ratschlägen und konstruktiver Kritik. Dafür möchte ich meinen herzlichen Dank aussprechen.

Zu Dank verpflichtet bin ich auch der Rheumaliga, durch deren Hilfe es möglich war, einen Teil der cP-Patienten, Mitglieder der Rheumaliga, für diese Untersuchung zu gewinnen.

L E B E N S L A U F

Familienname: FRONIMOS
 Vorname: Nikolaos
 geb.: 05.08.1941
 in: Korfu (Griechenland)
 verh.: mit Renate Fronimos
 (geb. Upmeyer, Lübbecke/Westf.)
 Kinder: Sohn Alexis

Schulabschluß mit Abitur	1959	in Korfu/Griechenland
In Deutschland seit	1962	
Studium der Physik	1963-1970	an der TU-München mit Diplomabschluß
Berufstätig ab	1970	als Physiker in Ent- wicklung und For- schung, zuletzt an der TU München
Studium der Medizin	1980-1986	an der LMU-München
Praktisches Jahr	1985/86	Innere Med. in der Poliklinik München Chirurgie in der Uni- klinik Nußbaumstraße, Orthopädie i.d. Polikl.
Approbation	18.11.1986	
Promotion seit	1985	in der Rheumaeinheit der Univers. München, Prof. Schattenkirchner

